

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2281/2007

ATAS/454/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 11 avril 2008

En la cause

Madame M_____, domiciliée à ONEX, représentée par ASSUAS association suisse des assurés recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Christine KOEPEL et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M _____, a exercé les professions de surveillante dans un restaurant scolaire, aide de cuisine, responsable de cafétéria, aide de bureau, technicienne en textiles et standardiste réceptionniste. En dernier lieu, de juin 2000 à novembre 2005, elle a travaillé comme ouvrière dans une manufacture d'horlogerie. Son salaire s'est élevé en 2005 à 56'246 fr.
2. Le 28 avril 2006, elle a déposé une demande d'orientation professionnelle auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) en invoquant une hernie discale, du diabète, une infection du rein et un état dépressif réactionnel.
3. Interrogé par l'OCAI, le Dr A _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a indiqué n'avoir vu l'assurée qu'à une seule occasion. Il a produit une copie du courrier alors adressé par ses soins à la Dresse B _____ en date du 23 mai 2005. Il y indiquait que l'origine des douleurs de la patiente était nette, avec une triple discopathie dont une sévérissime en L4-L5 avec deux petites hernies discales. Il y exprimait l'avis qu'en raison de la surcharge pondérale de la patiente, une simple cure de hernie serait vouée à un échec quasi certain et préconisait une perte de poids importante et un programme de posture et musculation. Pour le surplus, le médecin a suggéré à l'OCAI de s'adresser plutôt à la Dresse B _____.
4. Cette dernière, spécialiste FMH en médecine interne, a rendu un rapport en date du 9 juin 2006. Elle a posé les diagnostics principaux suivants : hernie discale L4-L5 luxée avec sciatalgies droites depuis février 2005, discopathies étagées importantes avec lombalgies aggravées par l'excès de poids. Ont également été mentionnés, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une hypertension artérielle, un diabète non insulino-dépendant, un état dépressif réactionnel et un asthme bronchique. Le médecin a attesté d'une incapacité de travail de 100% du 3 mai 2005 au 31 janvier 2006, de 50% du 1er février au 8 mars 2006 et de 100% à compter du 9 mars 2006. Il a été précisé que les douleurs lombosciatiques droites sont augmentées lors de la marche (après une heure) ou lorsque la position assise est conservée de manière prolongée. L'état dépressif fluctue en fonction des nombreux problèmes de santé et des soucis socio-professionnels. Le médecin a estimé l'activité d'ouvrière en horlogerie comme non adaptée dans la mesure où elle implique une position assise en permanence. La Dresse B _____ a préconisé un reclassement professionnel dans une activité aux horaires réguliers, permettant d'alterner les positions et d'éviter le port de charges, telle qu'aide dans la petite restauration, aide de bureau ou réceptionniste. Elle a ajouté que la reprise du travail devrait se faire en deux temps, avec une période de reconditionnement à 50%.
5. Le dossier de l'assurée a été soumis au Dr C _____, spécialiste FMH en médecine interne, du service médical régional AI (SMR). Ce dernier a admis que

l'assurée devrait dans la mesure du possible épargner son dos en évitant le port de charges de plus de 15 kg, les positions du tronc en porte-à-faux, les flexions-rotations répétées du tronc et en alternant les positions chaque heure. Le Dr C_____ a relevé que, depuis 2005, les médecins de l'assurée lui ont recommandé de prendre des mesures pour réduire sa surcharge pondérale, ce qui aurait permis une amélioration tant au niveau des lombosciatalgies qu'à celui du diabète. L'ancien employeur de l'assurée a indiqué que cette dernière travaillait à l'établi sans manipulations de charges, dans les conditions ergonomiques recommandées par la SUVA, en position assise, avec la possibilité de changer de position et/ou d'équiper le poste d'un siège ergonomique. Le Dr C_____ en a tiré la conclusion que le dernier poste occupé par l'assurée était adapté à son état. Constatant par ailleurs que l'assurée n'avait pas suivi le traitement préconisé par le Dr A_____ en 2005, puis par le Dr D_____ en 2006, que l'obésité - son problème majeur - ne justifiait pas d'incapacité de travail et que la notion de déconditionnement musculaire était apparue en 2006, a estimé qu'il n'y avait aucune incapacité de travail durable.

6. Un examen rhumatologique a été pratiqué le 16 mars 2007 par le Dr E_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie. Ce dernier a retenu à titre principal les diagnostics suivants : lombosciatalgies bilatérales et cervico-brachialgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale L4-L5, M54. Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une obésité, un diabète non insulino-requérant, une hypertension artérielle et un asthme allergique. Le Dr E_____ a indiqué la nécessité de pouvoir alterner les positions toutes les demi-heures, d'éviter le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, le port régulier de charges supérieures à 12 kg, et la position en porte-à-faux statique prolongée du tronc. Il a considéré que l'activité habituelle de l'assurée tenait bien compte de ces limitations fonctionnelles, de sorte qu'il n'a pu confirmer les incapacités de travail indiquées par la Dresse B_____. Selon lui, il n'y a en effet jamais eu d'incapacité de travail.
7. Par décision du 7 mai 2007, l'OCAI a refusé la demande de prestations au motif que la capacité de travail de l'assurée dans son activité professionnelle habituelle d'ouvrière en horlogerie était intacte.
8. Par courrier du 11 juin 2007, l'assurée a interjeté recours contre cette décision.

Elle fait remarquer que si elle a demandé des mesures d'orientation professionnelle c'est que dans son ancienne profession, les conditions ergonomiques préconisées par la SUVA n'étaient pas respectées; en effet, elle n'avait pas la possibilité de changer de position et ne bénéficiait pas d'un siège ergonomique. A cet égard, la recourante reproche à l'OCAI de s'être contenté de contacter son ancien employeur par téléphone et de se fier à ses dires. Elle fait remarquer qu'il est évident que ce

dernier n'allait pas admettre que ses employés ne bénéficient pas de toutes les mesures nécessaires pour pouvoir travailler dans de bonnes conditions.

Quant à l'expertise pratiquée le 16 mars 2007, la recourante allègue que si elle a effectivement duré une heure, l'expert à tout d'abord commencé à engager la discussion sur la base d'un dossier qui n'était pas le sien. Ce n'est qu'après de longues minutes d'un discours sans queue ni tête qu'il a finalement réalisé son erreur. Après cela, il s'est absenté à de nombreuses reprises. La recourante en tire la conclusion que l'expertise a été bâclée et mal préparée.

Elle fait remarquer par ailleurs qu'elle ne dispose que d'une très maigre formation et qu'elle espère pouvoir retravailler un jour. Elle admet que son embonpoint joue un rôle négatif mais souligne qu'il n'est pas la cause principale de son impossibilité à poursuivre la profession exercée jusqu'alors. Selon elle, les réels problèmes proviennent des lombalgies dues notamment à une triple discopathie avec deux petites hernies discales, des lombalgies et des douleurs dans les membres supérieurs et inférieurs. Selon la recourante, chez son ancien employeur, elle devait notamment pivoter sur elle-même ce qui provoquait des sensations de cisaillement au niveau du dos et cela, malgré un lourd traitement antalgique.

9. Invité à se prononcer l'OCAI, dans sa réponse du 11 juillet 2007, a conclu au rejet du recours. Il fait remarquer qu'outre son travail d'ouvrière en horlogerie, l'assurée a autrefois travaillé en tant que réceptionniste standardiste et aide de bureau. L'intimé soutient par ailleurs qu'il n'existe aucun motif objectivement fondé qui permette de s'écarter du rapport d'expertise du Dr F _____ et relève que ni les déclarations du médecin traitant, ni celles du Dr G _____ ne permettent de conclure qu'il serait incomplet, voire erroné. L'OCAI conclut qu'en l'absence d'une atteinte invalidante, des mesures d'ordre professionnel ne peuvent entrer en considération.
10. Lors de l'audience d'enquêtes du 23 novembre 2007, la Dresse B _____, a émis l'opinion que sa patiente ne dispose plus d'aucune capacité de travail dans l'activité d'ouvrière en horlogerie car le fait de se trouver dans une chaîne de montage implique des positions statiques et non ergonomiques contre-indiquées dans son cas. En revanche, la Dresse B _____ a réaffirmé que, dans une autre profession adaptée à ses limitations, la capacité de travail de sa patiente reste entière. Le témoin a indiqué que l'assurée doit éviter les positions statiques, plus particulièrement la position assise et penchée en avant, elle doit pouvoir alterner les positions, avoir des horaires de travail réguliers (diabète), éviter les lieux poussiéreux et les variations de température (asthme).
11. La Dresse B _____ a fait remarquer que sa patiente, qui pesait 98 kg en 2005, n'en pèse plus que 85, ce qui signifie qu'elle a réussi à perdre 13 kg alors que dans le même temps, vu la survenance de la ménopause, elle aurait pu logiquement

prendre 5 à 10 kg. Cela démontre l'investissement important qui a été le sien et qui s'est vérifié dans la prise des médicaments et le suivi des instructions qui lui ont été données par ailleurs (exercices quotidiens, marche et physiothérapie). La Dresse B_____ a donc formellement contesté l'allégation du Dr C_____ selon laquelle l'assurée ne se serait pas conformée aux prescriptions qui lui ont été faites.

Le témoin a relaté qu'à son retour de l'examen au SMR, sa patiente lui a raconté que le médecin s'était dans un premier temps trompé de dossier de sorte qu'il lui avait posé des questions relatives à une demande de rente, ce dont il ne s'est aperçu qu'au cours de l'entretien.

Le témoin a admis que les professions précédemment exercées par l'assurée, à savoir standardiste, aide de secrétariat ou aide de cafétéria seraient adaptées à ses limitations, étant précisé, s'agissant de l'activité d'aide de cafétéria, qu'il faudrait bien évidemment éviter de porter des plateaux de 10 kg. Une mise à niveau serait cependant nécessaire selon la Dresse B_____, qui a encore souligné la grande motivation de l'assurée pour reprendre une activité quelle qu'elle soit.

Le témoin a encore relevé que sa patiente a pu suivre un stage à l'atelier de réadaptation pré-professionnelle de Beau-Séjour et a produit une copie du rapport établi le 22 novembre 2007. Il en ressort que l'assurée s'est montrée collaborante et particulièrement dynamique. Ce rapport confirme l'existence d'une capacité de travail mais souligne qu'il est impossible de demander à la patiente de travailler sur des machines impliquant des positions sollicitant trop la colonne lombaire. L'avis a été exprimé que le dernier emploi de l'assurée, malgré les allégations de l'employeur, n'avait rien d'ergonomique. A titre d'exemple, il a été relevé que l'assurée devait travailler sur une presse très ancienne et manquait de place pour positionner correctement ses jambes, d'où un déclenchement de problèmes circulatoires et lombaires. Le technicien responsable, Monsieur N_____, a estimé qu'un travail dans le milieu de l'électronique par exemple serait beaucoup plus adéquat et a suggéré un reclassement professionnel.

L'intimé a maintenu pour sa part que le cas de la recourante relève plutôt de l'assurance-chômage dans la mesure où il n'y a pas d'invalidité suffisante pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il a par ailleurs relevé que l'assurée a déjà exercé par le passé des activités qui seraient susceptibles de correspondre à son état de santé actuel.

La recourante a quant à elle indiqué avoir reçu des indemnités chômage qui viendront à leur terme à la fin du mois de janvier 2008. Le chômage devrait ensuite lui proposer des mesures professionnelles.

12. A l'issue de l'audience, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 7 mai 2007, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Le litige porte sur le degré d'invalidité de l'assurée et sur son droit éventuel à des mesures professionnelles.
4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).
5. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Ainsi, s'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin

traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

6. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

7. La recourante fait grief à l'administration d'avoir fondé son appréciation de sa capacité de travail sur le rapport du Dr E_____, auquel elle reproche d'avoir bâclé son examen. Force est cependant de constater que les constatations objectives du médecin, les limitations fonctionnelles relevées et les diagnostics posés sont corroborés par les rapports des médecins de l'assurée. Quant à la conclusion du Dr E_____, qui consiste à reconnaître à l'assurée une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, elle n'est pas non plus contestée par les médecins traitants. Seule est contestée la conclusion selon laquelle l'activité d'ouvrière en horlogerie serait adaptée à l'état de la recourante. Sur ce point, il est vrai qu'il paraît difficile d'admettre que l'activité exercée par la recourante dans l'horlogerie ait été "ergonomique". Le technicien de l'atelier de Beau-Séjour, qui - contrairement au Dr E_____ - s'est enquis des conditions exactes de travail de l'intéressée, a d'ailleurs confirmé que tel n'était pas le cas. Cette question peut quoi qu'il en soit demeurer ouverte dans la mesure où il n'est pas contesté que les activités d'aide de bureau ou encore de standardiste-réceptionniste par exemple, seraient adaptées à ses limitations. Or, ainsi que l'a relevé l'intimé, l'assurée a déjà exercé ces professions par le passé, de sorte qu'un reclassement professionnel est inutile. D'ailleurs, son médecin ne parle que d'une "remise à niveau", ce qui relève plus de l'assurance-chômage que de l'assurance-invalidité. Il convient d'ailleurs de relever à cet égard que la recourante a bénéficié des prestations de l'assurance-chômage, qui l'a donc jugée apte au placement, ce qui corrobore la conclusion selon laquelle il n'y a pas d'atteinte invalidante en l'occurrence.

8. a) Pour la bonne forme, il convient néanmoins de procéder à une véritable comparaison des gains. En effet, selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée (al. 1).

Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b).

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle avait été en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

c) En l'occurrence, il y a donc lieu de comparer le revenu qu'aurait réalisé l'assurée sans atteinte à la santé en 2006, soit 56'246 fr., à celui qu'elle aurait pu obtenir la même année selon les statistiques. Il convient de se référer au tableau TA1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], niveau 4, ce qui correspond aux activités simples et répétitives offertes par les secteurs de la production et des services. Il existe en effet un nombre significatif de postes de travail sédentaires, n'exigeant pas de port de charges et permettant l'alternance des positions dans les domaines susmentionnés. On obtient ainsi un revenu d'invalidé de (4'019.- par mois pour un horaire de 40 h./sem. = 4'190.- par mois pour un horaire de 40.7 h./sem. = 50'278.- par année). La comparaison de ces deux revenus conduit à admettre un degré d'invalidité de 10.6%, insuffisant pour ouvrir droit à un reclassement professionnel.

9. Dans ces circonstances, c'est à bon droit que l'intimé a refusé l'octroi de prestations.
10. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Brigitte LUSCHER

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le